

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

THÈSE

N°
832

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mojsej FISZSON

Né le 22 mars 1912, à Varsovie

Contribution à l'Étude du Traitement
de la Paralysie Faciale
par l'Anastomose Hypoglosso-Faciale

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

—
1940

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Mojsej FISZSON

Né le 22 mars 1912, à Varsovie

Contribution à l'Étude du Traitement de la Paralysie Faciale par l'Anastomose Hypoglosso-Faciale

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1940

LE DOYEN..... TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	ABRAMI.
»	FIESSINGER.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIETY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) .	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) .	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUÉJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY.....	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENÉGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ...	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SENÈQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.
DE GENNES	Pathologie médicale.		

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE ...	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique Médicale.	BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BRULÉ		BROcq	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	} Clinique Obstétricale.
HUGUENIN		MOULONGUET	
LAROCHE (Guy)		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		ECALLE	
PIÉDELIEVRE		METZGER	
SÉZARY		PORTES	
DUVOIR		VIGNES	
GASTINEL			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

Faible témoignage de ma profonde affection filiale et de ma reconnaissance, qui dépassent toutes mes paroles.

A MES SOEURS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin des Hôpitaux

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse
et nous a fait le grand honneur d'en
accepter sa présidence.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET A LA FACULTÉ

AVANT-PROPOS

Le traitement de la paralysie faciale qui, dans de nombreux cas, peut guérir spontanément, est très varié. Nous nous permettrons de donner un petit aperçu des méthodes employées dans la thérapeutique de la paralysie faciale.

Elles sont multiples. Nous n'insisterons pas sur le traitement électrique, nous envisagerons seulement le traitement chirurgical.

Ce traitement est palliatif, ses procédés sont les suivants :

1. Suture directe. Procédé employé par les Américains et les Anglais. Mais peu de cas ont été publiés.
2. Neurotisations, qui consistent en implantation neuro-musculaire (Haberland).
3. Greffes nerveuses, dont quelques cas furent publiés par Ballance et Duel.

4. Myoplasties. Ces interventions sont très diverses. Prévot a consacré un excellent travail à ce sujet.

5. Sympathectomie. Cette thérapeutique a été préconisée par Leriche en 1919. Elle améliore le tonus musculaire et la lagophtalmie.

6. Anastomoses nerveuses :

a) Anastomose spino-faciale (Ballance 1895, Faure 1898) ;

b) Anastomose du facial au glosso-pharyngien (Schaeffer et Ballance) ;

c) Anastomose hypoglosso-faciale, sur les résultats de laquelle nous nous arrêterons dans ce modeste travail.

Cette méthode semble donner des résultats satisfaisants. Nous rapportons dans notre travail deux observations.

Nous avons eu la possibilité d'étudier les résultats de ce procédé sur un malade hospitalisé fortuitement dans le service de M. le Professeur Laignel-Lavastine. Ce malade a été atteint d'une paralysie faciale périphérique totale et a subi la sympathectomie. Ultérieurement, on a pratiqué chez lui une anastomose hypoglosso-faciale.

L'opération de Körte, sur la technique de laquelle nous ne nous arrêterons pas dans ce modeste travail, semble atténuer davantage les troubles de la paralysie faciale que la sympathectomie cervicale. En plus, il paraît qu'elle ne présente pas les inconvénients de cette dernière, et est moins passible de complications.

Avant d'aborder ce problème nous nous permettrons de présenter l'observation mise à notre disposition avec sa bienveillance habituelle, par M. le Professeur Laignel-Lavastine, que nous tenons particulièrement à remercier.

Elle était difficile à cueillir, le malade n'ayant pas séjourné pendant les diverses étapes de sa maladie dans le service de notre Maître le Professeur Laignel-Lavastine. Grâce à l'amabilité de M. Chartrain, interne du service, que nous remercions, nous sommes en possession des faits les plus importants.

Le deuxième cas a été publié par M. Arnaud, de Marseille. Nous le reproduisons entièrement.

PREMIÈRE OBSERVATION

(Service de M. le Professeur Laignel-Lavastine)

« M. S... Antoine, âgé de 51 ans, a été opéré d'une appendicite aiguë à chaud en 1928. Une infection générale s'est déclarée après l'intervention, qui s'est localisée au niveau de la parotide droite. L'abcès fut incisé, mais une paralysie droite se déclara. Elle fut totale avec tout le cortège des symptômes qui s'ensuit :

« Effacement des traits de la face, du front, du pli naso-génien droit, avec déviation des traits et de la commissure labiale du côté sain (gauche) ; suppression des mouvements du peaucier du côté droit (signe du peaucier) ; impossibilité de siffler, souffler ; difficulté de la mastication ; troubles de la mimique ; lagophthalmie, épiphora et présence du phénomène de Charles Bell.

« Pour pallier à certains troubles (la lagophthalmie) on procède à la sympathectomie cervicale qui, malheureusement, ne donne pas de résultats espérés. Le malade dit avoir éprouvé un coup de chaleur

au niveau de la face mais ne nous signale pas si la lagophtalmie s'est améliorée.

« En 1934, le malade est opéré à Lyon par la méthode de Körte. On procède à l'anastomose hypoglosso-faciale. Les résultats s'avèrent satisfaisants. Le malade est en possibilité de fermer son œil droit l'épiphora disparaît, la mastication devient possible.

« Actuellement, au bout de cinq ans, le malade est examiné au cours d'une hospitalisation fortuite. L'examen des séquelles de la paralysie faciale traitée donne :

« Au niveau du facial supérieur, l'effacement des traits du front persiste, avec absence des mouvements de ce côté, l'épiphora et la lagophtalmie sont disparus ; le malade ferme son œil droit facilement, mais pas complètement (on observe en même temps le phénomène de mouvements associés : l'occlusion de l'œil s'accompagne de l'élévation de la commissure labiale et du peaucier du cou. — Debove, Achard et Lévy) ;

« Au niveau du facial inférieur, les traits sont très peu effacés, le malade ne siffie pas, mais souffle et mastique facilement, la mimique est récupérée en partie.

« La parole, défectueuse avant l'intervention,

s'est améliorée, cependant certains troubles persistent.

« Fait intéressant : la pointe de la langue qui, dans la paralysie d'hypoglosse est déviée du côté malade, l'est ici du côté sain quand la langue est dans la cavité buccale, et seulement quand le malade la tire dehors, elle se dévie à droite. Notons en même temps une hémiatrophie droite de la langue.

« Le malade déclare être très satisfait ; l'opération qu'il a subie lui permet de dormir les yeux fermés, de manger et de s'exprimer convenablement, ce qui lui était impossible auparavant. »

DEUXIÈME OBSERVATION

(Présentée par M. Arnaud à la Société de Chirurgie de Marseille. Séance du 21 mars 1932.)

« M. B... A..., 37 ans, est hospitalisé le 23 septembre 1931, à la Conception, à la suite d'un accident d'automobile. À l'examen, il présente localement : plaie contuse pariéto-occipitale droite et otorrhagie droite ; au palper, douleur sur une ligne unissant la plaie et la région temporale droite.

« Blessé très obnubilé, souffre d'une céphalée frontale droite.

« Exploration des nerfs craniens : *paralysie complète périphérique, du facial droit* ; parésie du moteur oculaire externe droit.

« Exploration du système nerveux périphérique : très léger déficit pyramidal gauche.

« Exploration méningée : nuque légèrement enraidie, Lasègue à 60°.

« Un vomissement à l'arrivée, pouls 76.

« L'exploration chirurgicale immédiate de la plaie permet de découvrir une fissure qui, venant de la région temporale, se termine à son niveau. La plaie des parties molles ébarbée est refermée par quatre points. L'état d'obnubilation persiste sans que les signes nerveux s'accroissent ; la température se maintient à 37°5, mais le pouls passe le lendemain de 76 à 60. »

Le malade présente des signes d'hypertension crânienne. Deux ponctions lombaires furent pratiquées, suivies d'un Cushing droit. Cette dernière intervention a un heureux résultat.

« Il se lève au 15^e jour de son accident. L'hémi-parésie gauche subit une régression progressive, mais la paralysie faciale, nullement améliorée pendant toute cette période, commence vers la fin d'oc-

tobre à montrer des symptômes d'atrophie et d'hypertonie musculaires dont la signification est d'un mauvais aloi.

« Cette paralysie est complète : déviation et déformation de la bouche, effacement des plis nasogéniens et frontaux, proéminence de la commissure labiale, lagophthalmie, épiphora, signe de Charles Bell, rien n'y manque.

« Cependant, aucun signe vaso-moteur n'est cliniquement décelable, pas de trouble sensitif perçu dans le territoire de Ramsay-Hunt. L'examen électrique montre l'inexcitabilité faradique et une forte hypoexcitabilité galvanique du nerf aussi bien sur ses branches supérieures que sur ses branches inférieures. Les muscles sont également inexcitables au faradique et fortement hypoexcitables au galvanique ; mais l'hypoexcitabilité est plus marquée dans le territoire du facial supérieur que dans celui du facial inférieur. Elle s'accompagne d'une ébauche de ralentissement de la secousse galvanique.

« Il existe donc des signes de R. D. partielle, plus marquée pour la branche supérieure du nerf. A signaler en passant que cette différence entre l'état de deux branches du nerf au cours de paralysies périphériques est assez courante (Moure, *Presse Médicale*, 1917-1918).

« Le 11 décembre 1931, sous anesthésie générale, on fait une anastomose hypoglosso-faciale, suivant la technique de Körte. »

Nous nous permettrons de passer outre le compte rendu opératoire.

« Les suites locales sont simples. Les résultats sont les suivants (deux mois et demi après) : La face du malade est symétrique au repos. Sa lèvre supérieure tombe cependant un peu à droite, ce qui abaisse légèrement le pli naso-génien de ce côté. De même, les plis du front sont un peu moins marqués à droite.

« Les fentes palpébrales sont égales, mais le clignotement se fait uniquement à gauche. Plus d'épiphora ni de rougeur de la conjonctive.

« L'occlusion volontaire des paupières dans le mouvement combiné ne laisse à découvert que 2 à 3 mm. de conjonctive à droite, et quand le blessé dort, il ferme complètement ses paupières, fait qui ne se produisait pas avant l'opération.

« Peu de modifications appréciables dans le territoire du facial inférieur.

« La langue présente une importante hémiatrophie droite qui détermine une déviation marquée de la pointe de la langue de ce côté, mais ne gêne guère la mastication. En tout cas, ses mouvements

sont sans effets sur la mimique de la face et sur l'occlusion des paupières.

« Aucun trouble vaso-moteur de la face cliniquement appréciable. »

INTERPRÉTATION ET RÉSUMÉ D'OBSERVATIONS

Il nous est très difficile, malheureusement, de préciser l'étiologie de la paralysie de notre malade. Une parotidite suppurée peut donner à elle-même une paralysie faciale (des cas ont été signalés) ; mais le malade ne peut dire si la paralysie a coïncidé avec la suppuration, si elle s'est installée progressivement, si elle est apparue avant ou le lendemain de l'incision.

Le malade a été examiné et on a fait le bilan de sa paralysie à Lyon, mais nous ne sommes pas en possession des documents en particulier des examens électriques.

Le malade guérit de son infection parotidienne mais sa paralysie persiste et quelques mois après on procède à la sympathectomie cervicale.

Après la sympathectomie, le malade a ressenti le coup de chaleur. Il ne peut pas nous préciser

malheureusement le degré de la correction de la lagophtalmie. Or, la correction de la lagophtalmie était recherchée, car la sympathéctomie ne produit pas d'autres améliorations. Quant au tonus musculaire de ce malade, nous ne possédons pas de données.

Dans le cas de la lagophtalmie, la surface de la cornée n'étant pas suffisamment protégée, une kératite peut s'ensuivre, aboutissant, dans des cas très rares, à la perforation de la cornée ou à un leucome.

Après la sympathéctomie, on observe le syndrome Claude Bernard Horner. Ce syndrome consiste en myosis, enophtalmie et diminution de l'ouverture de la fente palpébrale. Ce syndrome s'observe toujours, nous regrettons le fait que le malade n'a pas pu nous renseigner sur son existence. Par contre, il se rappelle l'hyperthermie qui est observé deans certains cas de sympathéctomie cervicale. Le syndrome de Claude Bernard Horner n'est pas définitif ; il disparaît au bout de quelques mois.

En 1934, on a procédé à l'anastomose hypoglosso-faciale pour essayer d'améliorer les troubles moteurs. La sympathéctomie n'améliore d'autres phénomènes fonctionnels de la paralysie faciale que la lagophtalmie et le tonus musculaire. La mastication et la parole ne sont pas influencées par la sympa-

thectomie, par contre, elles peuvent l'être par l'anastomose nerveuse.

L'opération de Körte, dont l'action sur la lagophthalmie est aussi immédiate que la sympathectomie, corrige en plus les autres troubles (mastication, parole, etc.), et permet le fonctionnement quoique partiel de la mimique.

Tavernier a observé une amélioration sensible au bout de trois jours après l'intervention. Le malade dormait les yeux fermés.

Dans l'observation que M. Arnaud a présentée à la Société de Chirurgie de Marseille, en mars 1932, le malade a subi un traumatisme du rocher en septembre 1931, et présentait à la suite un syndrome de paralysie faciale. Il a été opéré par le procédé de Körte en décembre 1931. Trois mois après les résultats semblaient satisfaisants. La symétrie faciale a réapparu. Occlusion complète des paupières au cours du sommeil, plus d'épiphora, l'hémiatrophie du côté malade ne gênant pas la mastication, mais les plis du front sont moins marqués et le clignotement de l'œil est absent.

Dans notre cas, cinq ans après l'intervention : le malade ferme ses yeux (quoique incomplètement l'œil droit). Il mastique convenablement les aliments, il parle mieux et a récupéré en partie sa

mimique. Donc, récupération partielle du fonctionnement du facial supérieur et surtout de l'inférieur.

Le malade de M. Arnaud a présenté peu de modifications dans le territoire du facial inférieur. On pouvait espérer qu'elles se produisent, le malade étant alors seulement 3 mois après l'intervention.

Essayons maintenant d'analyser les troubles survenus à l'occasion de l'anastomose nerveuse,

Dans notre cas, l'atrophie et la déviation de la langue, si elles sont apparentes, ne gênent nullement notre malade dans ses fonctions de mastication et de parole qui se trouvent plutôt améliorées à la suite de l'intervention pratiquée. Le malade ne s'aperçoit pas de ces lésions. En outre, on ne constate aucun trouble sensitif ou vasomoteur,

Si au lieu de pratiquer l'anastomose hypoglosso-faciale on avait procédé à l'anastomose spino-faciale, quels seraient les troubles causés par cette dernière ?

Titone (Lyon Chirurgical, 1921) rapporte deux cas de paralysie faciale périphérique, où le siège de la lésion était au niveau du rocher. Les deux cas furent traités par l'anastomose spino-faciale. Titone déclare, dans les deux cas, des résultats satisfaisants, les malades ayant récupéré, quoique pas totalement, la fonction et l'esthétique. Quant aux troubles dans le territoire du spinal, ils étaient les suivants : Une sensation de pesanteur désagréable au niveau de

l'épaule, creusement de la fosse sus-claviculaire et déviation de l'angle interne de l'omoplate.

Pourquoi l'anastomose hypoglosso-faciale fut préférée dans notre cas à l'anastomose spino-faciale ? Probablement, la lésion s'étant produite au niveau de la parotide, il fut beaucoup plus aisé de faire l'anastomose hypoglosso-faciale que de chercher la branche externe du spinal. Le siège de la lésion était trop éloigné de l'apophyse stylo-mastoïdienne. Le procédé de Körte est employé lorsque le siège de la lésion faciale est situé près de l'anse de l'hypoglosse, loin de la branche externe du spinal.

De plus, l'anastomose spino-faciale est plus passible de syncinésie. Ce phénomène qui peut s'observer dans les cas d'anastomose nerveuse, consiste en mouvements associés de deux territoires intéressés. Dans le cas d'anastomose spino-faciale, les mouvements de l'épaule, et dans celui d'anastomose hypoglosso-faciale les mouvements de la langue, déclanchent un jeu de mimique. A noter que la syncinésie est moins fréquente et moins gênante dans l'anastomose hypoglosso-faciale et nombreux auteurs préfèrent cette dernière intervention.

Dans notre cas, l'existence de la syncinésie ne fut pas notée, dans celui d'Arnaud, elle fut absente.

Donc en somme, dans notre cas ou dans ceux de Titone, les troubles post-opératoires sont fonc-

tionnellement négligeables par rapport à l'amélioration apportée aux troubles de la paralysie faciale. En aucun cas, des troubles vaso-moteurs n'ont été signalés et les troubles sensitifs des cas de Titone sont négligeables.

Voilà en résumé les quelques avantages présentés par les procédés d'anastomose nerveuse dans le traitement de la paralysies faciale.

Toutefois, il est à noter que la suppression totale des phénomènes morbides n'est pas obtenue ni dans notre cas ni dans les cas cités par Arnaud ou Titone. La récupération fonctionnelle n'est pas totale, quant à l'esthétique, elle fut partielle dans les cas de Titone.

CONCLUSIONS

1. Le traitement de la paralysie faciale par l'anastomose hypoglosso-faciale semble être préférable à la sympathectomie cervicale.

2. L'anastomose hypoglosso-faciale ne produit pas de troubles vaso-moteurs. Elle ne produit pas non plus de troubles sensitifs.

3. L'anastomose hypoglosso-faciale améliore sensiblement les phénomènes fonctionnels sur le territoire du facial supérieur et surtout sur celui du facial inférieur.

4. La sympathectomie cervicale peut donner seulement l'amélioration de la lagophthalmie.

5. Dans l'anastomose hypoglosso-faciale, le degré de la parésie et de l'atrophie de la langue survenue à sa suite, ne gêne pas la parole ni la mastication qui se trouvent plutôt améliorés du fait de la reprise fonctionnelle du nerf facial.

6. L'anastomose hypoglosso-faciale, quoique améliorant sensiblement les troubles de la paralysie faciale, ne les supprime pas totalement.

Vu : *Le Doyen,*
TUFFENEAU.

Vu : *Le Président,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

- Arnaud.* — Sur un cas de paralysie faciale traitée par anastomose hypoglosso-faciale (Bul. et Mém. de Soc. de Chirurgie, Marseille, séance du 21 mars 1932).
- Duel Tickle.* — Surgical repair of facial nerve paralysis. The Laryngoscope, mars 1936.
- Dufourmentel.* — Soc. Oto-Rhino-Laryngologique. Paris, 26 nov. 1936.
- Ballance.* — British Medical Journal, 1924.
- Fahradnicek.* — Journal de Chirurgie, T.31, p.533.
- Gallian.* — Contribution à l'étude des paralysies faciales périphériques. Thèse méd. Marseille 1938.
- Jianu et Buzdianu.* — Lyon Chirurgical, janv. 1928.
- Dan Mackenzie.* — La paralysie faciale et son traitement. Paris, Amédée Legrand, 1922.
- Laignel-Lavastine.* — Pathologie du sympathique. Paris, Alcan, 1924.
- Ossanlou.* — L'évolution de la chirurgie du système sympathique. Thèse méd. Paris 1939.
- Patel Vergnory.* — Lyon Chirurgical, 1931.

*Prévo*t. — La paralysie faciale et sa correction esthétique par les opérations plastiques. *Provence Médicale*, mars 1935.

Titone. — Résultat de deux anastomoses spino-faciales pour paralysies faciales. *Lyon Chirurgical*, 1921, p. 601.

Wertheimer et *Bonniot*. — Chirurgie du sympathique. *Chirurgie du tonus musculaire*. Paris, Masson, 1926.

Wertheimer et *Carcassone*. — *Lyon Chirurgical*, 1931.

